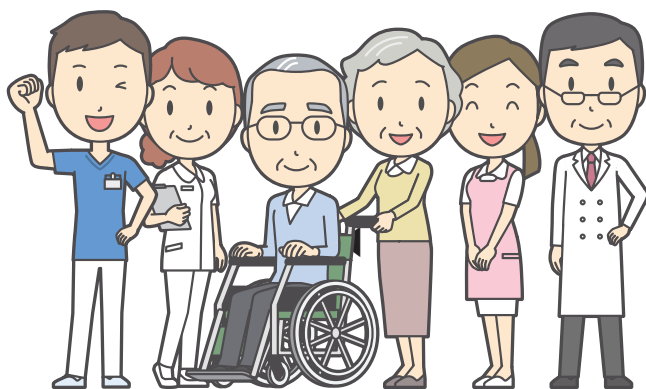


つながり

6号

2023年3月



多職種連携と協働

【特集】

- 地域包括支援センターと合同研修会～コロナ後初の対面交流～
- 出前講座のアンケート結果から
- どうする？これからの在宅医療
- お知らせコーナー

◇湖北圏域における入退院支援ルールの改正点について

長浜米原地域医療支援センター

滋賀県長浜市宮司町 1181-2

TEL / FAX 0749-65-2755

E-mail : nm.iryoshien@iaa.itkeeper.ne.jp



ホームページ

❁ 湖北高月・木之本余呉西浅井地域包括支援センターと合同研修会

日時	講師	表題	参加数
2023年3月9日 (木) 14:00～15:45	にしあざい診療所 上田祐樹 先生 らいと ケアマネジャー 横田 氏 長浜米原地域医療支援センター 今井 享子	①在宅における多職種連携と協働 ②在宅看取りの事例から多職種連携を考える にしあざい診療所の取り組み ③ケアマネジャーの立場から ④グループワーク ・多職種連携について大切な事 ・看取りについて、ケアマネにできそうな事	40人

ラグビー W 杯日本大会での日本チームは 6 か国の海外出身者が入り混じり「ワンチーム」を合言葉に結束力を高め優勝を目指した。感動の WBC では、「侍ジャパン」をワンチームと称し、報道されました。

そこで、「多職種連携」を紐解くと「異なった専門的背景を持つ専門職が共有した目標に向けて、共に働くこと」と記されています。在宅の多職種連携は「ワンチーム」そのものと考えて不自然はないですね。

地域では法人の規模も事業所も職種も違い、距離もある中での好連携は病院と違って難しいと考えます。「何で繋がるか」というと其々専門職の目標ではなく利用者の Well-being（目標）です。それを達成するために、自職にできる事を提案し（役割分担）ケアの実際を利用者や家族の主観（客観）を基に評価し、次に繋げ協働していく事で、好連携がついてくると考えます。

さて、上田先生にはたくさんのスライドをご準備いただき、表題を拝聴した中での一部をご紹介します。

○後悔のない最期（看取り）を迎えるためにどうすればよいか

- ①本人や家族が、病気そのものや命の最期を受け入れられる
納得・安心・満足して最期までの時間を上手に過ごせる
亡くなることの損失をできるだけ減らす
療養の場所も含めて、最適な看取りを考え選択肢を持ち、選ぶことができる
- ②理想的な死に方 …老衰… 最も「自然な死」として受け入れやすい
- ③老衰に近づけるにはどう工夫したらよいか？
体力と脳・神経が同じように下降 …がんのように乖離するとだるさ等の症状が出現

○看取りのポイントを押さえて場面ごとに対応 …症例と併せて理解していく

- ①残されている時間の予測（大まかな目安を抑える）
今はどの段階？ 終末期は物事の展開が早い→先回りして予測する
- ②死の直前の「4 つの苦痛」をケアする…全人的苦痛
身体的苦痛・精神的苦痛・スピリチュアルペイン・社会的苦痛はなかったか
- ③患者・家族の認識に向き合う
死の受容 5 段階モデル（キューブラー・ロス）の中で当事者はどの段階か？
否認・怒り・取引・抑うつ・受容
- ④看取り直前の経過をおさえる
客観的に経過をとらえる事で、冷静な視点でみられる
- ⑤グリーフケアを意識する
特定の支援者にケアの負担が集中しないように
予期悲嘆からグリーフケアにつなげる



○看取り段階でできること

医療	介護
症状緩和が主目的	入院ではできない事ができる→最大のメリット
原疾患には介入しない	指標…本人が心地よく過ごせるか？
脱水より溢水の方がつらい	生活の場にいる意味を考えて、支える
「枯れるように」が一番	趣味や楽しみ・人との関り・食事

○在宅看取りにおける多職種連携

- ◇ 情報共有
- ◇ 相互理解
- ◇ 役割分担
- ◇ 生活の視点



在宅看取りがうまくいかない理由	
本人や家族のイメージと現実のギャップ	介護者（家族）の精神的・身体的に疲弊
本人・家族間での意見の不一致	症状緩和がうまくいかない
本人や家族の病院や治療に対する期待	

●納得のできる最後のために…ACP

- ・話し合いの主体は本人の意向：意思決定能力を失った時にも最大限尊重する事（＝基本理念）
- ・話し合いの内容：延命治療や療養場所に限らない。本人が大切にしたい優先順位

●「チームにしあざい」の ACP の取り組み…人生会議のメリットを享受し ACP の連鎖反応を起こす！

- ・医師・看護師・RH 職・事務職など全職員が研修会に参加し「レベルアップ」＝ミッション
- ・院内：待ち時間に ACP 関連掲示・自作動画を上映
- ・院外：診療所広報・巡回健康教室で人生会議のお話・介護施設での看取り研修
- ・診療所看護師による人生会議（ACP 相談会）こころづもりシートを使用し自宅か診療所内で実施



上記を踏まえ、4人/8グループで「多職種連携の大切さ」や「看取りにおいてケアマネにできる事」について話し合いました。

久しぶりの
対面交流で
活発な会話が
できました。



アンケート結果 回答数：32・回答率：80%

主参加者はケアマネジャーですが70%は5年以上のベテラン層です。研修内容も90%は良い、時間帯も75%は適切と回答されました。多職種との相談や提案のしやすさについては10段階で8点以上が48%で、このエリアは連携しやすい人的環境と評価できます。

◇多職種連携において、大切なこと（一部抜粋）

- ・情報の共有・役割分担
- ・ICTの利用（あさがおネット）
- ・これからのこと（予測）を一緒に考える事
- ・Dr・Nsと顔の見える関係やチームづくり
- ・専門職の理解



◇看取りにおいて、ケアマネジャーにできそうなこと（一部抜粋）

- ・思いを聴く／受け止める
- ・人生会議の広がり
- ・情報のパイプ役・調整役
- ・傾聴（本人・家族）思いを聴き Dr に伝える
- ・本人・家族が安心できるように調整
- ・看取り士の活用
- ・関係者との関係性
- ・気持ちに寄り添う
- ・本人の意向に沿った支援
- ・24 時間体制の必要性



◇ご感想・ご意見では（一部抜粋）

- ・医師の生の声が聞けて良かった
- ・西浅井モデルが市内全体に広がるとよい
- ・看取りがうまくいくかどうかはチーム作りにかかっているのでは？
- ・ケアマネとしての役割、色々な思いについて、久しぶりに他事業所と話せた
- ・GW や発表の時間が短かった



～企画委員の反省会では～

コロナ後初の対面研修会が開催でき活気づいた様子が見られ、良かった。上田先生のお話の中では、定期的にケアマネジャーに対し先生の時間（1 時間／1 回／月）を提供されていると伺った。その時間は、ケアマネからの質問や先生の聞き取りなどに活用され、「Win－Win の関係」で円滑な情報共有が行われている。しかし、Dr との関係は上手くいくばかりではない。どの先生においても円滑に情報共有ができるように「伝え方」のスキルアップも課題と考えている。今回の合同開催は、アンケート結果からも「成果あり」と評価できた。次年度も、研修ニーズに合わせた内容で対象職種を拡大し、合同開催していきたい。

❁ 出前講座について

当センター開設当初から在宅医療の普及啓発の一環として、「出前講座」を住民対象に行っています。「住み慣れた地域で自分らしく最期まで暮らせる」を目標に、エンディングノートツールに自分事として考えてもらうように伝えていますが、元気高齢者にとっては他人事の域を出ないのが現状です。そこでACPが話題になった当時、亀田総合病院監修の「もしバナゲーム」に出会い、早速、出前講座に取り入れて実施した所、ゲーム感覚や文字化が功を奏し、自分事化できている印象を受けました。しかし、コロナ到来で出前講座中断を余儀なくされます。折角のツールの為、このまま終わるのは「もったいない」と考え、紹介動画を作製しHPに掲載しました。2022年行動制限が緩和された今、少しずつ再開しています。

2022年：出前講座のアンケート結果から（回答数 155/267人 回答率 58%）

1、人生の最終段階の医療やケアについて考えたことがありますか

よくある	21	87	56.10%	ほぼ高齢者対象にも関わらず、ACPを考えていない人は4割弱。
ある	66			
余りない	50	58	37.40%	
全くない	8			
未回答	10			

2、今後考えたいと思いますか

よく思う	28	141	91%	ACPを考えた事がない人の中で8割の人が 今後考えたいと行動変容したと考えるが、 約1割の人には変化がなかった。
思う	113			
余り思わない	9	11	0.70%	
思わない	2			
未回答	3			

3、家族らと話し合ったことはありますか

よくある	8	84	54.20%	話し合っていない人は4割存在。上記と同数のため考えていない人は且つ話し合ってもいいと言える。
一応ある	76			
余りない	0	65	41.90%	
全くない	65			
未回答	6			

元気高齢者のACP

4割の方は考えていないし、話し合ってもいない

突然の介護事故

脳卒中・骨折・認知症
難病やがん・交通事故等

新規要介護状態

ケアマネジャー初回担当
ケアマネジメント開始

戦略：代理決定者へのアプローチ

7、生活や身体のことを等を相談できる人はいますか

いる	13.5	87.10%	相談者のいない人は、未記入者を含めて13%。 インフォーマルな関係づくりが必要。
いない	13	8.39%	
未回答	7		

8、それは誰ですか

家族	134	近所の人	6	主治医	20	相談者の多い順 ①家族 ②友人 ③医師
	86.50%		3.90%		12.90%	
親戚	2	民生委員	2	その他	1	
	1.30%		1.30%		0.60%	
友人	24	地域包括	8	未回答	3	
	15.50%		5.20%		1.90%	

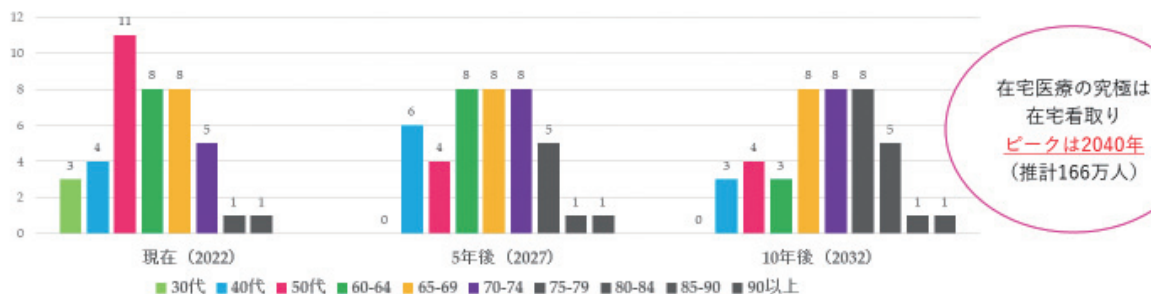


診察室での相談など
先生の情報は
多いかも？

是非、情報共有を！

湖北の在宅医師の現状と近未来

往診又は訪問診療をしている医師（41人）の年代別構成
R4時点→5年後→10年後



●在宅医療の先細りを打開するには →グループ診療と多職種連携／協働

高齢者増に反して、介護職員の人材不足

→ 外国人採用

●介護保険サービスだけでは対応しきれない → 専門職以外の巻き込み

目前に迫る「2025 年問題」深刻化する人材不足ですが、在宅医療においても喫緊の課題です。上記の通り、在宅医師の高齢化は湖北においても例外でなく、「生涯現役」という訳にはいきません。湖北の在宅医療は先生方のご尽力で一見、維持できているように見えますが、一極集中し、在宅患者が分散されずに、疲弊されている先生方もおられます。このままでは「3 年持たない」と訪問看護師さんの声です。このコロナ禍で面会制限から患者さんも在宅志向の現状です。

診療所連携について、コロナ以前から湖北医師会と協働で話し合いを進めてきましたが、コロナ禍で3 年間中断してしまいました。この度、在宅医療の状況悪化が表面化する中、湖北医師会老健部正副会長と話し合いを再開しました。一人医師の診療所が8 割弱を占める中、診療所間の連携は2 割程度で、交友関係で不在時の対応をお願いされています。対応不可時は救急搬送になり、希望しない場所での看取り(検死)になることもあります。在宅看取りを希望されている方だけでも、在宅看取り体制がとれないかと考えます。今回、先生方には危機意識と協力関係のコンセンサスを得るために定例会を通じて、畑野先生から「在宅医療のこれから」と題しプレゼンして頂きました。このことから、モデルエリアの先生に集まっていた頂き、話し合いを進めている所です。その中で、予測される看取り期の方がおられると予定をキャンセルしているなど先生方の犠牲精神も垣間見られました。また、これから在宅を担っていく若い医師のために、働き方改革もありシステムは必要という意見も聴かれました。このような形で話し合いを継続し、予測される看取り期の方への代診システムが構築できれば、関係支援者にも「安心」が届けられると考えます。

※令和5年4月改訂版

※各病院・事業所のルールに応じて、感染対策を講じる。

※情報の共有には、状況に応じてオンラインやびわこあさがおネット(メール機能)等の活用も検討する。

- (入院時の基本情報の聞き取り)

- ・(入院時の基本情報の聞き取り)
- ・介護保険の認定の有無を確認
- ・サービス利用の有無を確認
- ・ケアマネジャーの確認(所属、氏名)とケアマネジャーに入院したことの連絡を本人または家族に依頼
- ※転院される場合、本人・家族に口頭で承諾を得て、必要時には、ケアマネジャーから受け取った
- ・退院困難要因のスクリーニング

变更

- ・入院後2〜3日
- ・ケアマネジャー来院時から情報提供があった際、「入院診療計画書」の入院期間の目安を伝える
- ・「入院時情報提供書」を基に情報収集
- ・今後の連絡先、退院の時期の確認
- ・退院見込みが出た時点でケアマネジャーに連絡

介護支援連携①

- ・ケアマネジャーに連絡調整のための来院の連絡
 - ・「退院に向けてのきとリシート」差によりケアマネジャーに情報提供を行う
- 中間カンファレンス**
- ・退院前カンファレンスの必要についてケアマネジャーと相談

中間カンファレンス

- 退院前カンファレンスの必要についてケアマネジャーと相談
- 退院前カンファレンスの基準
- ①病院またはケアマネジャーが必要と判断したとき
- ②患者または家族の赤い旗一杆（紅い旗）が立っているとき
- ③患者の病状が変化しているとき
- ④患者の生活環境が変化しているとき
- ⑤患者の認知機能が低下しているとき
- ⑥患者の行動が危険なとき
- ⑦患者の生活リズムが乱れているとき
- ⑧患者の生活環境が変化しているとき
- ⑨患者の生活環境が変化しているとき
- ⑩患者の生活環境が変化しているとき

・カンファレンスの目的の確認と日程調整

- 参加スタッフの調整は、必要時MSWに依頼
- ケアマネジャーが持参した暫定プランを基にカフェアレンスで共有・検討を行う

退院前カンファレンス
目標時間は30分

- **原則、新規・区分変更の時のみ** 原則、情報提供があった場合は*、「ケアプラン案に関する診療情報提供書」「退院看護サマリー」を家族に渡す（郵送の場合は郵送先宛てに郵送する）*（*書面での情報提供が不要とされる場合は、ケアマネとの協議の上、決めることとし、入院中の経過等を伝える。（書面に限らない））
- ※退院直後に訪問看護が導入される場合は、病院からケアマネ・訪問看護SUに直接送付するなど、柔軟に対応する。

に依頼

- 必要に応じて、完成版プランの送付をケアマネジャーに依頼（医療機器使用にて退院などのケースについて、退院指導の評価等が必要）

ケアマネジャーの役割

- ・ケアマネジャーは、契約時に利用者に名刺を手渡す。①健康保険証と一緒に保管すること②入院時には、連絡することを本人・家族に依頼

更
变

- 原則として、情報提供は入院後2～3日以内
 「入院時情報提供書」に最新の情報を記入し、電話してから病棟看護師等に持参 病歴へ提出する。
 ※湖北病院は地域連携室（※病院の窓口は「入院支援のための相談窓口等一覧」参照）
 ただし、遠方の場合や早急に情報提供が必要な場合は、連携室宛てにFAXも可
 ①送付先の病棟名を記載
 ②個人情報に消去するなど、配慮をして、送信前と後には電話連絡
 ③病院の休日はFAXはしない
 ・担当看護師に、「どのような状況であれば、在宅生活が可能であるか」を伝える
 ・情報提供を主としての病院訪問であるが、入院期間などの情報がわかっていれば確認
 ・「退院見込みが決まったら早めに連絡をとりましょう依頼
 詳細を確認の場合は、事前にも拘束を取り訪問

- 病院から電話を受信
- 「入院時情報提供書」の追加情報があれば提供
- 電話である程度の情報を聴取
- 情報収集のための病院訪問の必要性の有無について
 - 病院訪問が必要な場合は、病院側と日程調整

- 病院訪問: 約束した日時に病院を訪問
 - ① 情報収集は、「退院に向けてのききと」院内の情報収集をする
 - ② ケアプラン原案を作成するために、入院中の情報と収集する
 - ③ 退院までに必要な処置(排泄方法、薬の管理方法など)やリハビリのゴールなどを相談
 - ④ 退院前(拡大、合同)カンファレンスが必要かどうか相談
- ＊ 退院前カンファレンス開催の基準
 - ① ケアマネジャーまたは病院が必要と判断したとき
 - ② 身体状況の変化等により、新しいサービス導入などケアプランの変更が必要と判断される時

- カンファレンスまでの準備
- ①本人・家族と相談して「暫定ケアプラン」を作成
 - ②カンファレンスまでに、各事業所へ、本人の状況と暫定ケアプランの内容を提供
- カンファレンスには「暫定ケアプラン」を持参(1表、2表、3表を持参)
- *在宅生活の為の医療的な課題等を病院と本人・家族・ケアマネ・事業所で情報共有
概ね30分程度で終了

更

消除

- 必要に応じて、完成版プランや退院指導におけるその後の状況等、送付する。
追加

自加

*当センター HP に「病院と地域における入退院支援ルール（令和5年4月改訂版）」「入退院支援のための相談窓口一覧」を掲載しています。



長浜米原地域医療支援センター

編集後記

春爛漫のぽかぽか陽気で、コロナも収束に向かいつつ、やっと普通の日常が取り戻せそうな昨今、皆様におかれましては、いかがお過ごしでしょうか？コロナ禍での情報共有を図るために「つながり」を作成し早6号を発行する運びとなりました。

連携の困りごとに注目すると、在宅医療を担う先生方の高齢化や先細りが浮上しました。勿論、介護職の人員不足も喫緊の課題で、県南ではケアマネジャーが辞めていく（元職に戻る）現象で、先生方も困っているというお話を聞いています。

高齢者の増加に反して支援者の減少では「どうする家康」ロゴを真似て「どうする湖北の在宅療養」ですね。当然の如くそれぞれ専門職が危機意識を持ちながら多職種連携・協働の強化に努める他ないという感じです。

そのためにはどうすればよいのでしょうか？まずは、困りごとの情報把握です。誰に、何に、どのような案件で、どれくらいの職種の方が困っているのかを当センターで集積して、課題の抽出に努めていきたいと思っています。是非、当センターまで情報をお寄せください。

このような中で申し訳なく思いますが、今井は65歳の節目で退職し、元訪問看護師の丸岡（垣見）留美子さんに引き継いでいきます。介護専門員の池野同様、よろしくお願い致します。

ありがとう。
こんにちは！

